Rok LII. Kraków, dnia 2. sierpnia 1913. Nr 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki ortopedyczno-chirurgicznej prof. Dr Oskara Vulpiusa w Heidelbergu.

Technika zakładania opatrunku wedle metody Abbotta w przypadkach skrzywień kręgosłupa

podał

Dr M. Kosiński.

Jednym z trzech głównych tematów tegorocznego Zjazdu ortopedycznego w Berlinie była metoda Abbotta. Nad metodą tą zastanawiano się i roztrząsano ją po raz pierwszy w Europie, podając zarazem wyniki, — spostrzeżenia, zebrane w klinice prof. Vulpiusa w Heidelbergu, prof. Spitzy w Grazu, oraz Joachimsthala w Berlinie.

Mając sposobność w klinice prof. Vulpiusa, który w jesieni 1912 umyślnie jeździł do Ameryki do Abbotta, zapoznać się z tą metodą, uważam za stosowne podać parę słów o technice zakładania opatrunku, który, nawiasem mówiąc, jest dość żmudny.

Do licznych metod leczenia skrzywień kręgosłupa zapomocą wyprostowywania (redressio) należy też metoda leczenia opatrunkiem gipsowym, mającym na celu utrzymanie kręgosłupa w położeniu poprawionem (zredressowanem), jak tego np. chce Wullstein.

Metody te mniej lub więcej wiodły do celu Obecnie pojawiła się nowa, polegająca na tem, że na osobnych do tego zbudowanych ramach, przez odpowiednie ułożenie chorego, raczej zawieszenie go na licznych wyciągach ze zgiętym ku tyłowi kręgosłupem (kyphosis), a następnie napięcie tych wyciągów w odpowiednim kierunku, dokonujemy wyprostowania skrzywień kręgosłupa, a nawet hyperkorekcyi w kierunku dla nas pożądanym, a odpowiednim dla danego skrzywienia, i stan ten utrzymujemy zapomocą dość ciężkiego opatrunku gipsowego. Lecz na tem nie koniec; w pancerzu tym wycinamy rozmaite okna, szczególnie jedno duże po zapadłej stronie klatki piersiowej, by miała ona miejsce gdzie się rozszerzać.

Co pewien czas przez te okna dopychane poduszki filcowe w odpowiednich oknach dokonują redresyi, jak wykonywanie bocznej korekcyi i spychanie w przypadku np. prawostronnego skrzywienia kręgosłupa lewej połowy klatki piersiowej ku tyłowi, o czem zresztą później będzie mowa.

Abbott do swego opatrunku zbudował rodzaj stołu — ram, których wszystkie poprzeczki — żebra zapomocą kółka zębatego i dźwigni obracają się wokoło swej długiej osi i w ten sposób nawijają na siebie przymocowane opaski (wyciągi), dokonując w ten sposób napięcia, a zarazem przesunięcia danej części kręgosłupa w żądanym kierunku.

Chorego układa się na macie rozpiętej na ramach w ten sposób, że jeden bok tej maty zwisa (zawsze bok po stronie wklęsłej). Nogi chorego umieszczamy w podpinkach skórzanych i zapomocą wyciągu bloczkiem podciągamy ku górze; głowa też nieco podniesiona, gdyż mata, mimo że napięta, pod ciężarem chorego się wygina, skutkiem czego mamy zupełne skrzywienie kręgosłupa ku tyłowi (kyphosis). (Fig. 1 i 2).

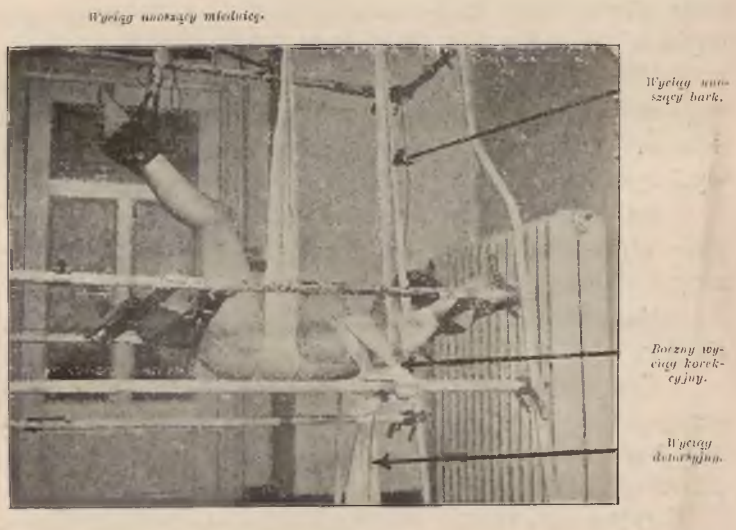


Fig. 1

Przed ułożeniem chorego na macie należy skórę dokładnie oczyścić (kąpiel — benzyna), sowicie wypudrować, następnie wdziewamy na chorego 3 kawałki trykotu szerokiego około 30 cm. długie, tak by sięgały od karku do połowy ud. W pachach wycinamy otwory na ramiona lub przecinamy i spinamy na barku agrafkami.

Pomiędzy te trykoty wkładamy pojedyncze kawałki grubego miękkiego filcu, jako ochronę przed uciskiem:

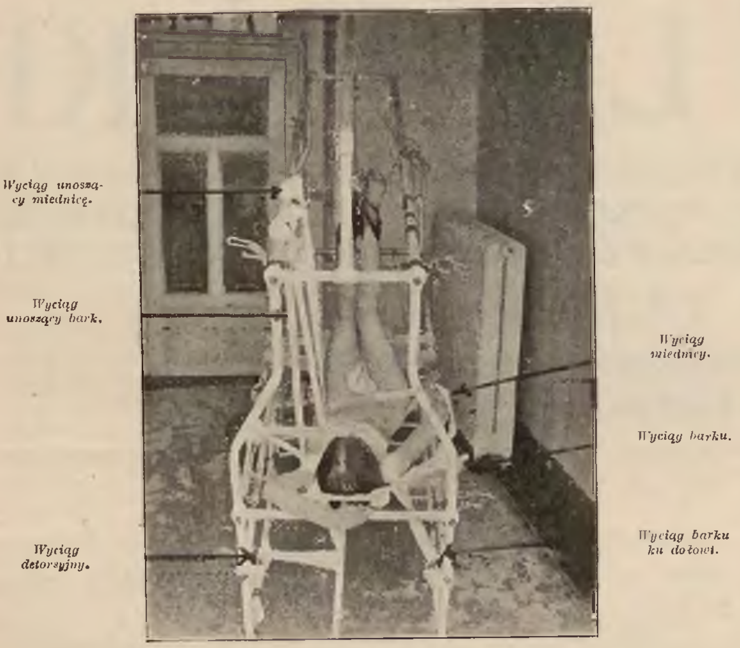


Fig. 2.

1) między trykot zewnętrzny a środkowy po jednej poduszce filcowej na lewy i prawy przedni górny kolec kości biodrowej, przez co chronimy zarazem boczne okolice miednicy;

2) poduszkę na okolicę kości krzyżowej;

3) między trykot środkowy a wewnętrzny dużą poduszkę filcową na prawą boczną ścianę klatki piersiowej;

4) podwójną poduszkę, kształtu owalnego, o brzegach ściętych, na lewo od kręgosłupa;

5) poduszkę prostokątną na lewą okolicę przymostkową; tę okolicę przykrywamy kawałkiem grubego kartonu, aby uniknąć zagięcia w miejscu najsilniejszego pochylenia kręgosłupa.

Tak zakładamy poduszki w przypadku prawostronnego skrzywienia kręgosłupa, w przeciwnym razie — na odwrót. To samo stosuje się do zakładania i napinania wyciągów.

Po ułożeniu chorego na macie utrzymujemy te 3 koszule trykotowe w naprężeniu zapomocą opasek, dwu bocznych i jednej środkowej, przywiązanych do stołu.

Po załatwieniu tego przystępujemy do zakładania wyciągów.

Chory lewą rękę ma założoną pod głowę, którą owija się opaską, by uchronić przed zawalaniem gipsem; skutkiem tego lewe ramię podnosi się ku górze, podczas gdy ręka prawa spoczywa na górnej prawej poprzeczce stołu.

1) Pierwsza opaska płócienna otacza pachę lewą, ochronioną cienką poduszką filcową, sięgającą daleko między chorym a matą ku tyłowi; jej końce biegną popod matą ku stronie prawej do prawej górnej poprzeczki stołu, gdzie się je przymocowuje.

2) W macie robimy 2 otwory, jeden tuż ponad barkiem, drugi poniżej w pasze; przez te otwory od dołu przeprowadzamy opaskę wokoło barku lewego ku górze, wiążąc ją do najwyższej poprzeczki stołu.

3) Trójogonową opaskę zakładamy w ten sposób, by szew jej padał na kręgosłup. Jej krótkie końce opasują miednicę wokoło, a wiąże się je do górnej poprzeczki stołu, długi zaś ogon opaski wiążemy po stronie lewej do najwyższej lewej poprzeczki. Zadanie tej opaski trójogonowej jest następujące: krótkie końce, obejmujące miednicę, mają ciągnąć miednicę na prawo, długi zaś ogon zabezpieczać opadanie lewej strony miednicy ku dołowi.

4) Tak samo po stronie prawej chronimy pachę cienką poduszką filcową, a przez otwory, zrobione w macie w ten sam sposób, co po stronie lewej, przeprowadzamy opaskę, dążącą w dół do najniższej prawej poprzeczki stołu.

5) Zakładamy ostatnią trójogonową opaskę, taksamo w ten sposób, by szew leżał na kręgosłupie na wysokości garbu; krótkie ogony opaski obejmują klatkę piersiową od strony prawej i dążą do górnej lub środkowej lewej poprzeczki stołu. Długi zaś ogon opaski zdąża od kręgosłupa ku stronie prawej, obejmuje prawą połowę klatki piersiowej, aż do miejsca, gdzie leży poduszka z kartonem, t. j. do lewej okolicy przymostkowej. Ten długi ogon opaski należy do tego miejsca przepołowić; obecnie te dwa końce obejmują krótkie ogony, krzyżują się, opasują środkową na dole poprzeczkę, a wiążemy je do dolnej lewej najniższej poprzeczki. Krótkie ogony opaski mają kręgosłup skrzywić na lewo, długie zaś wywołać skręcenie (rotacyę) kręgosłupa.

Po ukończeniu zakładania opasek i przekonaniu się, czy wszystkie są jednakowo napięte, następuje zapomocą dźwigni i kół zębatych napinanie opasek, i tak:

1) Lewy bark i lewą stronę miednicy pociągamy na prawo (prawa najwyższa poprzeczka).

2) Lewy bark i lewą stronę miednicy ku górze zapomocą długiego ogona opaski dolnej trójogonowej i opaski, obejmującej bark (lewa najwyższa poprzeczka).

3) Tułów pociągamy ku stronie lewej (górna lub środkowa poprzeczka lewa).

4) Prawy bark ku dołowi (prawa dolna poprzeczka).

5) Wreszcie napinamy po stronie lewej u samego dołu opaski, mające wywołać skręcenie (rotacyę). Ta opaska jednakże wykonuje zarazem ucisk, albowiem przy napinaniu jej chorzy bardzo często skarżą się na duszność, oblewają się potem bardzo obficie. Nasuwa się też pytanie, czy nie do tego należy odnieść spostrzeżenia ujemne, podnoszone na Zjeździe, jak zapad i powstawanie piersi lejkowatej.

Po ukończeniu tego wyciągu przykładamy 2—3 warstwy filcu o postaci owalnej, brzegach ściętych, po stronie lewej tuż około kręgosłupa, a naprzeciw garbu, w miejscu, gdzie w przyszłości ma być wycięte duże okno. Poduszki te są przepołowione i leżą po obu stronach skrzyżowanych opasek, by zaś je później można jeszcze użyć, chronimy je przed zawalaniem gipsem warstwą waty.

Wreszcie zakładamy opaski gipsowe, bacząc, by wszędzie gips był jednakowej grubości, wzmacniając od dołu i góry longuetami gipsowemi.

Skoro gips nieco podeschnie, obcina się opaski wyciągu, chorego zdejmujemy z ram i zakrzywionym nożem ogrodniczym wycinamy okna.

Po stronie lewej z tyłu wycinamy bardzo duże okno wielkości włożonych poduszek owalnych; okno to sięga ku przodowi co najmniej do linii pachowej.

Następnie 3 małe szczelinowate okienka: 1) w prawej tylnej linii pachowej; 2) w prawej przedniej linii pachowej; 3) wzdłuż lewej linii przymostkowej, ewentualnie ponad

środkiem mostka, w razie, gdyby przedni brzeg dużego okna sięgał bardzo daleko ku przodowi.

Poza tem wykonujemy toaletę opatrunku.

Ponieważ z czasem opatrunek staje się luźnym — przeprowadzamy między pierwszem a drugiem oknem nowe filcowe poduszki, mające na celu wykonywanie bocznej korekcyi, gdy tymczasem między trzeciem a przednim brzegiem dużego okna leżące poduszki mają spychać lewą połowę klatki piersiowej ku tyłowi. Przeprowadzanie tych poduszek wykonujemy w miarę potrzeby co 10—14 dni.

Jeśli opatrunek, założony wedle metody Abbotta, nie sprawia bardzo znacznych dolegliwości (czego kontrola musi być bardzo dokładną, gdyż odleżyny na wysokości garbu lub okolicy grzebienia łopatki po stronie wklęsłej, skutkiem znacznego podniesienia ramienia ku górze, zdarzają się, co prawda tylko u chorych, którzy przebywają w domu, a nie w zakładzie), to chorzy pozostają w nim co najmniej 6 tygodni. O ile opatrunek jest dobrze założony, wszystkie miejsca wystające dobrze ochronione, to chorzy (z wyjątkiem pierwszych nocy bezsennych) czują się zupełnie dobrze.

Przez ten czas jednakże, ponieważ chorzy bardzo mało wykonują ruchów, zastępujemy je dwurazową dziennie gimnastyką ciężarkami, przebywaniem ile możności na świeżem powietrzu i zmuszaniem chorych do wykonywania co godzinę kilkunastu głębokich wdechów, by w ten sposób rozszerzyć, jeśli już nie zapadnięte, to przynajmniej uciśnięte płuco po stronie przedtem zapadniętej klatki piersiowej.

Przez założenie opatrunku przy wyprostowanym kręgosłupie oraz wywarcie stałego ucisku na boczną ścianę klatki piersiowej i wycięcie dużego okna mają żebra po stronie przeciwnej — względnie klatka piersiowa, miejsce do rozszerzania się. Można też doskonale śledzić, jak przez duże okno uwidacznia się wypukłość klatki piersiowej przedtem zapadniętej (Fig. 3), przestrzenie międzyżebrza stają się



Wypuklanie się strony wklęsłej w opatrunku Abbotta.

Fig. 3.

szersze, za czem szłaby wentylacya płuc większa. I rzeczywiście stały ten ucisk, wywarty na boczną ścianę klatki piersiowej po stronie wypukłej oraz na przednią ścianę klatki piersiowej po stronie wklęsłej, zwiększany przez dopychane przez okna poduszki filcowe, wywołuje zmniejszanie się garbu, jego przypłaszczenie, co potwierdzają odlewy gipsowe, robione tak w pozycyi stojącej, jakoteż w pozycyi zgiętej ku przodowi, przy powtórnej zmianie opatrunku.

Należałoby się jednakże zastanowić, czy długotrwałe wmurowanie i tak słabego układu mięśniowego w pancerz gipsowy, obejmujący całą klatkę piersiową i miednicę, a co za tem idzie, unieruchomienie go, wprawdzie w położeniu wyprostowanem, przechodzącem nawet w hyperkorekcyę, po zdjęciu tego pancerza da wyniki dodatnie — trwałe. Po zdjęciu bowiem opatrunku cały tułów musi się zrobić chwiejny; to, co przedtem było utrzymane przez zesztywnienie, znika, i pojawia się to, co Schanz nazywa »das primäre Recidiv«. Dlatego też po leczeniu metodą Abbotta, to znaczy po szeregu opatrunków, założonych w sposób powyżej podany, a zajmujących według obiiczenia Vulpiusa 6—8 miesięcy, trzeba się jeszcze uciec do gorsetu, podtrzymującego kręgosłup w pozycyi wyprostowanej, względnie w hyperkorekcyi, a zarazem wykonywać bardzo pilnie ćwiczenia gimnastyczne, zwłaszcza ćwiczenia i miesienie mięśni grzbietu, by mogły podołać nowemu zadaniu utrzymania kręgosłupa w krzywiznach przynajmniej zbliżonych do prawidłowych. Tu dopiero zaczyna się główna rola ortopedy, bardzo ciężka praca, by wynik uczynić dla chorego użytecznym, jak powiada Schulthess, pisząc o leczeniu opatrunkiem gipsowym.

Zaprzeczyć się w każdym razie nie da, że leczenie metodą Abbotta daje poprawę, chociażby tylko kosmetyczną, jak spłaszczenie garbu i zmniejszenie się wygięć kręgosłupa. Jak to leczenie wpływa na narządy wewnętrzne, w tym kierunku wiele nie wiemy; to pewna, że klatka piersiowa, przedtem zapadnięta, wypukla się, międzyżebrza stają się szersze, ruchy oddechowe po tejże stronie żywsze; stąd wniosek prosty, że płuco się rozszerza, co chyba musi też wpłynąć na krążenie.

Nawiasem jednak dodać muszę, że nie jest to typ leczenia, któryby można przeprowadzać ogólnie; nie wszystkie przypadki nadają się do niego, a poza tem leczenie to bardzo długie, wymagające przebywania chorych w zakładzie.

Prof. Vulpiusowi wyrażam jak najserdeczniejsze podziękowanie za łaskawe pozwolenie korzystania z materyału klinicznego, jakoteż udzielenie mi fotografii.

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala krajowego w Sarajewie.

Spostrzeżenia kazuistyczne.

Nerwica wegetatywna z ograniczonymi kurczami mięśniowymi

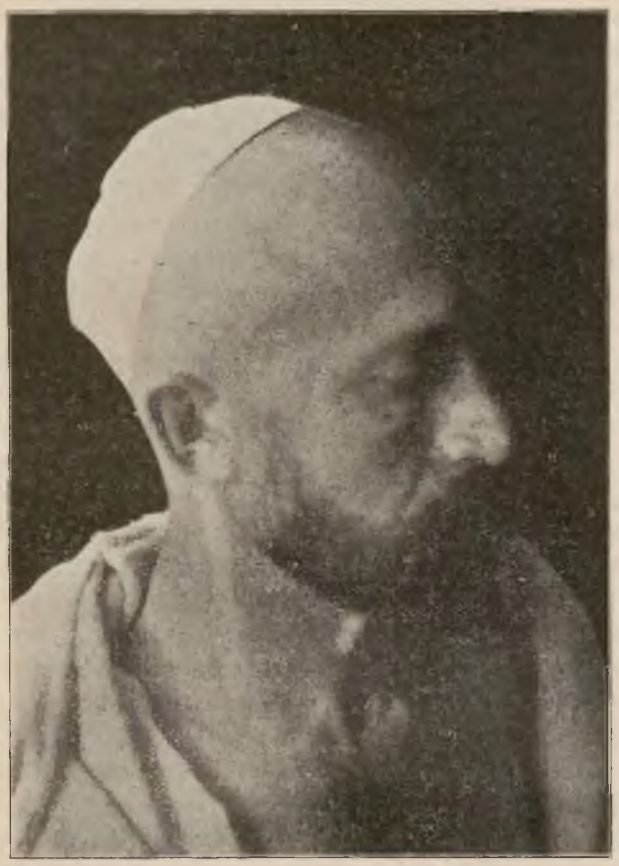
opisał

Prof. Dr L. Korczyński.

(Dokończenie).

Badanie żołądka wykazało nieco większą ilość kwasu solnego przy równoczesnem przyspieszeniu wydalania treści pokarmowej. Kwaśność po śniadaniu próbnem, zależna od HCl, wynosiła około 50°. Po 3 kwadransach był żołądek próżny. Skład moczu prawidłowy.

Napady, o których chory wspominał w wywiadach, mieliśmy sposobność spostrzegać kilkakrotnie przez dłuższy przeciąg czasu. Każdy z nich rozpoczynał się uczuciem kurczowego bolu w dołku sercowym. Kurcz posuwał się szybko ku górze z towarzyszeniem odbijań i prawie mimowolnych ruchów połykowych. Równocześnie z tem pojawiał się ślinotok, silne zaczerwienienie twarzy i obfite poty. Twarz, ramiona i górna część klatki piersiowej kąpały się wprost w pocie. Wraz ze ślinotokiem i poceniem się występowały skurcze mięśniowe w zakresie m. barkowego, mostkowo-obojczykowego i mostkowognykowego, mniej wyraźnie w zakresie mięśni gnykowotarczowego i gnykowołopatkowego. Skurcze te widać wcale dobrze na rycinie. Z początkiem



napadu przeważa typ tężcowy, każdy skurcz trwa parę sekund. Później powtarzają się skurcze o wiele szybciej, a wreszcie wytwarza się rodzaj rytmu o kilku drganiach na sekundę. Głowa wykonuje wtedy ruchy wahadłowe od przodu ku tyłowi. Podczas największego nasilenia napadu nie może chory mówić swobodnie, z trudem prawie wykrztusza wyrazy. Sprawia to wrażenie, jakby i mięśnie krtani brały udział w skurczach. W czasie napadu maleje bardzo wyraźnie liczba tętna, tętno staje się miękkie, fala jest wszakże dość wysoka. Na krzywych tętna zaznacza się bardzo wyraźnie wpływ oddychania; przy głębokich oddechach powstaje nawet wybitna oddechowa niemiarowość.

Jeśli objawy, spostrzegane u naszego chorego, zechcemy poddać krytycznemu rozbiorowi, to należy je przedewszystkiem podzielić na dwie grupy. Do jednej należy cały szereg zjawisk wegetatywnych, do drugiej skurcze mięśniowe.

Zastanawiając się nad pochodzeniem pierwszych, sięgnąć musimy do naszych wiadomości z zakresu fizyologii układu współczulnego i autonomicznego. Na ich podstawie trzeba zboczenia spostrzegane w tym zakresie położyć na karb niezwykłego podrażnienia nerwu błędnego. Jako następstwo tego podrażnienia uważać należy niewątpliwie kurczenie się połyku, a dalej ślinotok i nadmierne wydzielanie potu [2]), oraz zwiększoną kwaśność treści, wydobytej z żołądka po spożyciu śniadania próbnego. Wygórowanem napięciem n. błędnego tłomaczyć także trzeba szybsze opróżnianie się żołądka z pokarmów, zwolnienie ruchów serca i zwiotczenie tętnic, oddechową niemiarowość ruchów serca, wzmożoną pobudliwość naczynioruchową, Wszystkie te objawy razem wzięte składają się na obraz t. zw. wagotonii.

Dla dalszego uzasadnienia, że u chorego istniało chorobliwe napięcie nerwowego układu autonomicznego, posłużyć może bardzo znaczna wrażliwość wobec trucizn autonomicznych, a względna nieczułość na wpływy typowej trucizny współczulnej, za którą uchodzi nadnerczyna.

W porze wolnej od napadu występowały po wstrzyknięciu pod skórę 0·01 grm. chlorku pilokarpiny bardzo silne objawy doświadczalnego zatrucia. Już po 5 minutach zjawiało się zaczerwienienie twarzy, bardzo obfite wydzielanie śliny i potu; chory skarżył się na uczucie dławienia, dostawał wreszcie wymiotów. Podobne objawy, tylko mniejszego nasilenia, stwierdzić można było już po 0·005 grm trucizny. Aby je doszczętnie usunąć, względnie zapobiedz ich powstaniu, wystarczało wstrzyknięcie pod skórę 1 2 mgr. siarkanu atropiny. Nadnerczyna w dawce 1 mgr. nie wywoływała cukromoczu; nietylko na czczo, ale nawet po spożyciu śniadania, składającego się z ocukrzonej herbaty z mlekiem i z bułki pojawiały się niestale minimalne ślady cukru.

Pojawianie się skurczów mięśniowych równocześnie z objawami podrażnienia układu nerwu błędnego i równoczesne znikanie ich z wyładowaniem się podniecenia autonomicznego zmusza poniekąd do szukania bliższego związku między obydwiema grupami zjawisk. Mięśnie, popadające w skurcze w naszym przypadku, otrzymują gałązki nerwowe



z nerwów złączonych anatomicznie z nerwem błędnym. W mięśniu mostkowo-obojczykowo-sutkowym rozsnuwają się włókna n. dodatkowego (accessorius), podobnie i w mięśniu barkowym. Mięśnie krtaniowe, których sprawność w czasie napadu usuwała się częściowo z pod wpływów woli, otrzymują impulsy przez gałązki ruchowe n. błędnego, względnie dodatkowego. W mięśniach głębszych warstw szyi rozgałęziają się włókna n. podjęzykowego, połączone z nerwami szyjnej części rdzenia.

Dla wytłomaczenia skurczów mięśni, wśród których rozgałęziają się wymienione pnie nerwowe, przyjąć trzeba podrażnienie tych nerwów, przenoszące się na nie drogą nie poznanych jeszcze dokładnie połączeń z właściwego nerwu błędnego, względnie z wegetatywnych jego włókien. W ten sposób pojęliśmy też istotnie całokształt zboczeń

---

[2]) Sprawa unerwienia gruczołów potnych nie jest wprawdzie jeszcze stanowczo rozstrzygniętą i nie ma potemu anatocznych danych, aby wolno przyjmować unerwienie autonomiczne, ale doświadczenia farmakodynamiczne zmuszają prawie do tego, aby wydzielanie potu wprowadzać w ścisły związek z podrażnieniem autonomicznem.

w naszym przypadku i zwróciliśmy usiłowania lecznicze ku stępieniu podrażnienia autonomicznego.

Ze spisu potraw usunięto zupełnie pokarmy mięsne, podawano mleko, o ile możności niegotowane, jarzyny, kompoty, pokarmy mączne i mleczne. Codzień otrzymywał chory letnią kąpiel, trwającą przynajmniej godzinę. Z leków dostawał mieszankę bromków sodu i wapnia po 5 – 6 grm. na dobę, oraz siarkan atropiny w postaci wstrzykiwań podskórnych po 1—2 mgr. dwa razy dziennie. Doraźny skutek tych wstrzykiwań był bardzo zadowalniający. Już w 5 – 10 minut po wstrzyknięciu w czasie napadu ustępowały objawy podrażnienia autonomicznego, a wraz z tem skurcze mięśniowe. Chory tak był przeświadczony o skuteczności leku, że sam prosił o niego. Skutek leczenia nie był wszakże tylko doraźny. Już po tygodniu ustąpiły napady skurczów i objawy ostrego podrażnienia autonomicznego W dalszym ciągu zmniejszyło się także stałe napięcie autonomiczne. Tętno podniosło się znacznie, liczba uderzeń serca wahała się w granicach 70—84; objawy podmiotowe zwiększonego wydzielania soku żołądkowego ustąpiły zupełnie, wypróżnienia jelit odbywały się prawidłowo. Chory opuścił oddział 20. marca w stanie zupełnie zadowalniającym.

O ile z przeglądu dostępnego dla mnie piśmiennictwa wnosić mogę, nie zwrócono dotychczas uwagi na związek między stanami podrażnienia układu autonomicznego, a t. zw. nerwicami mięśniowo-nerwowemi. Jedynie tylko co do tężyczki znajdują się w pracach Falty i Rudingera oraz Falty i Kohna niektóre szczegóły, które mówią o wikłaniu się objawów wegetatywnych z kurczami mięśniowymi w ten sposób, że przyjmować trzeba nie przypadkowy tylko zbieg zjawisk, ale raczej wspólne tło etyologiczne [3]).

Mówiąc o zachowaniu się odruchów mięśniowych w opisanym przypadku, podniosłem, jako szczegół zasługujący na uwagę, a jak sądzę i na powszechniejsze uwzględnienie go w celach rozpoznawczych, zwiększoną pobudliwość mechaniczną i powstawanie bardzo cechującego wału mięśniowego w miejscu uderzenia. O ile sama zwiększona odruchowość nie stanowiłaby jeszcze nic tak dalece cechującego, bo towarzyszyć ona może najrozmaitszym stanom podrażnienia w zakresie układu nerwowo-mięśniowego, o tyle odrębnej postaci odruchu przypisać trzeba, mojem zdaniem, znaczenie bardziej szczegółowe. Chodzi tu nie o sam tylko odruch, ale raczej o skurcz tężcowy mięśnia, a więc o objaw, świadczący o pobudliwości zmienionej nietylko pod względem stopnia, ale także i pod względem jakości. Z tak zmienioną pobudliwością spotykano się, jak o tem świadczą badania Magnusa, w doświadczeniach z ezeryną, jedną z typowych trucizn autonomicznych. Opierając się na tych doświadczeniach, przypuścić trzeba, że w pewnych warunkach i u pewnych chorych znajdować się mogą czasowo w ustroju ciała, które w podobny sposób działają na mięśnie, a równocześnie także i na autonomiczną część układu wegetatywnego. Pod wpływem takiego samozatrucia powstają objawy, które zupełnie słusznie nazwać można spazmofilią. Typowy przypadek takiej spazmofilii mieliśmy sposobność spostrzegać. Przypuszczam, iż przy baczniejszem zwracaniu uwagi na chorych, okazujących zboczenia czynnościowe układu mięśniowego, powiodłoby się nierzadko wykryć zboczenia także w zakresie spraw wegetatywnych. O ileby się to przypuszczenie sprawdziło, rozjaśnićby się mogło niemało pochodzenie nerwic ruchowych w niejednym przypadku, którego etyologia dotąd zupełnie ciemno się przedstawia.

[3]) Już po oddaniu rękopisu do druku ukazała się w Zeitschrift f. kl. Medizin, T. 77, Z. 3—4, praca Peritza p. t. Die Spasmophilie der Erwachsenen, w której zboczenia w pobudliwości mięśni poddane zostały krytycznemu roztrząsaniu w związku ze zboczeniami ustrojowemi w zakresie spraw wegetatywnych.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Verger. **O nieswoistości odczynu przewrażliwienia na plamy nasienne.** (Compt. rend. de la Soc. de biol. 1912 Nr 3). W dalszym szeregu swoich doświadczeń wstrzykiwał autor świnkom morskim najpierw wyciąg z plam nasiennych, potem jednak nie nasienie, lecz wyciąg wodny lekko zalkalizowany z plam, pochodzących od cierpiących na białe upławy (leukorrhoe). Zwierzęta kontrolne, nieuczulone, na te dawki nie oddziaływały; u zwierząt zaś, którym wstrzykiwano, występowały napady podobne do padaczkowych, zaburzenia oddechowe, spadek ciepłoty; trzy świnki padły już po 10 – 15 minutach. Przez te doświadczenia ogranicza się znacznie wartość metody anafilaktycznej przy wykazywaniu nasienia. A zresztą rozróżnianie nasienia ludzkiego od zwierzęcego niema pod względem sądowo-lekarskim wielkiego znaczenia. Gdyby jednakże wykonanie próby było warte trudów, to nie można od niej wymagać, aby zdołała wykazać, że badana plama pochodzi z wydzielin macicy, pochwy lub jąder. Ostatnie słowo mieć tu będzie na razie zawsze wynik bezpośredniego badania histologicznego. F. Olbrycht.

Ingersleben. **Przypadek porodu w trumnie.** (Zeitschrift f. Medizinalbeamte 1912 Nr 3). Pewna kobieta, będąca w IX. miesiącu ciąży, doznała skutkiem upadku ze schodów wstrząśnienia mózgu, w następstwie którego po kilku dniach zmarła. Zwłoki pochowano i dopiero w 4 dni później celem dokonania sekcyi z trumny wyjęto. Przy tem znaleziono, co następuje: Z części rodnych zwisała wynicowana macica, wielkości głowy mężczyzny; do niej przylegały błony płodowe i łożysko, z którem łączyły się 1 metr długą pępowiną zwłoki płodu. Krocze przedarte. Gnicie było daleko posunięte, a w jamie brzusznej gazy gnilne nagromadziły się do takiego ciśnienia, że wywołały nietylko wydalenie 3 kg. ważącego płodu, lecz nawet wynicowanie macicy. F. Olbrycht.

Waibel. **Zranienia i urazowe schorzenia palców nóg i ich ocena w przypadkach odszkodowania.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 9). Przy ocenie niezdolności do pracy może zanadto dotąd przeceniano ważność palców u nóg. Bliższe jednak rozpatrzenie sprawy wykazuje, że palce te u wielu wyrobników odgrywają przy pracy bardzo małą rolę. Nie są one niezbędne do chodzenia, zwłaszcza w trzewikach, o ile ustawienie stopy jest prawidłowe, a tem bardziej nie przeszkadza w chodzie brak tylko 1 lub 2 palców, nawet brak palucha. Stopa opiera się bowiem głównie piętą i główkami kości I, III, V śródstopia. Palce stopy dotykają ziemi tylko brzuścami i zwykle bywają zniekształcone i mało ruchome. Człowiek nawet przy tak zwanym chodzie »na palcach« nie chodzi na palcach, lecz na główkach kości śródstopia, a palce służą tylko jako sprężyny, nadające większą elastyczność i sprężystość krokom. Zresztą niewiele jest zawodów, gdzie to stąpanie »na palcach« jest konieczne. Należą tu tancerze, biegacze, gimnastycy,

ludzie wspinający się po słupach, a wreszcie ci, którzy mają jedną kończynę dolną krótszą, lub stopę ustawioną »palcowo«. Ze schorzeń palców stopy wchodzą w rachubę: 1) zesztywnienia, 2) utrata palców, 3) złe ich ustawienie, 4) zanik tkanek, 5) schorzenia kości, części miękkich, paznokci. Zesztywnienia w ustawieniu korzystnem, t. j. nie ku dołowi (ew. przykurczenia) nie przeszkadzają wiele w zwykłej pracy. Brak samych palców wywoływać może upośledzenie w zawodach zwykłych przemijające, np. utrata dwóch palców pociąga za sobą upośledzenie zdolności do pracy 1—2 lat trwające, poczem następuje zwykle zupełne dostosowanie się do nowego stanu. Zupełna utrata palców, o ile nie jest połączona z bolesnością, uniemożliwia tylko szybkie bieganie, chodzenie »na palcach«, natomiast daje możność stania i zwykłego chodu, przyczem jednak stopa męczy się prędzej. Przy orzeczeniu o niezdolności do pracy trzeba tutaj bardzo indywidualizować. Najpierw należy poznać budowę odpowiedniej stopy, chód chorego, a wreszcie rodzaj jego zajęcia. Ogólnie oceniamy w sposób następujący: Utrata palucha lub innego palca stopy wywołuje z początku 10—20% upośledzenia; z czasem jednak to upośledzenie znika. Utrata końcowego członka z początku 15%, potem 0%. Utrata III, IV, V palca, a zesztywnienie drugiego z początku 20%, po 1—2 latach 0%, podobnie sztywność wszystkich palców w położeniu dobrem. Utrata palucha i drugiego, lub III, IV, i V palca z początku $33^{1}/_{3}$%, potem stale 10%. Utrata od IV—V stale 30% (zwłaszcza u robotników wiejskich), taksamo utrata wszystkich palców. Natomiast nie podlegają trwałemu odszkodowaniu: gładka utrata palucha, względnie 2—4 palców, zesztywnienia w dobrem ustawieniu, nie bolesne. Pamiętać należy też o tem, że następuje tutaj szybko dostosowanie. (Dotąd oceniano: Utrata wszystkich palców 50%, utrata palucha $16^{2}/_{3}$%, a dalej ocena według możności i długości chodzenia bez laski do $^{1}/_{2}$ godziny 30%, trwałe używanie laski 60% i t. d. Przyp. sprawozd.). K.

Mayer. **Ludowe środki lecznicze, a sprawa ubezpieczenia od wypadków.** (Med. Klinik. 1913 Nr 11—12). Środki lecznicze, używane przez lud, zwłaszcza w przypadkach uszkodzeń i zapaleń są bardzo liczne i niektórym nie można z góry odmówić skuteczności. Najczęściej jednak przy ranach zakażają one ranę czystą lub zatrzymują wydzielinę. Często stosuje je lud na cięcia, zadane przez lekarza, przez to pogarsza się stan rany i stan ogólny, a potem spędzają winę na lekarza. Najczęściej używane są przedewszystkiem liście roślin Przykłada się je na rany i wrzody, jako środki gojące (np. brassica oleracea, br. crispa) lub też jako drażniące np. cebula przy róży, ropieniach i innych uszkodzeniach lub bólach. Z tłuszczów używa lud zwykłego tłuszczu świńskiego, ew. z innych zwierząt, zwłaszcza dzikich (sadło niedźwiedzie, zajęcze i t. p.), a także masła zwykłego (oparzenia, opuchnięcia bolesne i t. p.). Z nastojów cieszą się powodzeniem listki kwiatu lilii w oliwie (oparzenia, odmrożenia) i arnika, która przy stłuczeniach, ropieniach i ranach odgrywa na wsi wielką rolę. Osobne miejsce zajmują środki, które mają mieć własność »ciągnięcia«. Należą tu zwykle środki drażniące, tworzące pęcherze w postaci albo liści roślin, albo też plastrów lub maści Z roślin należą tu: cebula, czosnek, orzech włoski, nasturcya, pokrzywa, chrzan, gorczyca. Do plastrów używa się znów różnych środków, jak terpentyny, żywic, smoły i t. p., prócz tego plastrów aptecznych. Do tamowania krwotoków używa lud celem zalepienia rany: pajęczyny, gliny, chleba, tłuszczów, dalej liści tytoniowych, tabaki, odwarów mąki, słomy z owsa i t. p. Wielkiem powodzeniem na wsi cieszą się też różne krople i balsamy, np. balsam jerozolimski (tra hemoes comp.), angielski (myrra, oliban, styrax, crocus, tra castor. i t. p.), balsam peruwiański i t. d. Środki te stosuje się na bóle, jako wcierania, na rany, a także do tamowania krwi. Także środki domowe znajdują często zastosowanie. Tak np. mleko słodkie i kwaśne, śmietanka i ser przy chorobach oczu, celem łagodzenia bólów zapalnych, na rany i t. p. Lud używa też nafty do opatrywania ran, a nawet do tegoż celu moczu, kału i surowego mięsa, które tamować ma krwotok i łagodzić bóle. Przy złamaniach stosuje lud różne wcierania i maści, najczęściej maść żywokostową, miód i różne oleje. Środki te, stosowane bez miary, wywołują nieraz wypryski.

Przy ocenie uszkodzeń trzeba bardzo zwracać uwagę na to, kto i czem przed przybyciem lekarza dane uszkodzenie opatrzył, bo nieraz ten właśnie człowiek jest przyczyną ciężkiego stanu chorego. Niestety dotąd w sądach za mało się zwraca uwagi na te partactwa. Studyum ich i zbieranie materyału przez towarzystwa ubezpieczeń byłoby bardzo cenną rzeczą. I dla medycyny mogłaby wyniknąć z tego pewna korzyść, bo nie ulega wątpliwości, że są między tymi środkami także takie, które mają, stosowane czysto i oględnie, bezsprzecznie wartość, i nawet były dawniej przez lekarzy stosowane, lecz z czasem zapomniano o nich. K.

Marcus. **W sprawie leworęczności przy badaniu uszkodzonych wskutek wypadku.** (Montsch. f. Unfallheilk. 1912 Nr 8). Mniej więcej na 100 ludzi 97 włada lepiej ręką prawą. W niektórych zawodach także i ręka lewa bywa bardzo wyrobiona (kelnerzy, robotnicy w hutach szkła i t. p.). W obecnych czasach ubezpieczenia od wypadku uszkodzeni symulują często, np. przy uszkodzeniu ręki lewej twierdzą, że są właśnie mańkutami, lub będąc mańkutami przy uszkodzeniu ręki prawej twierdzą, że władali dobrze właśnie ręką prawą. Ważne są przeto sposoby badania leworęczności. W tym celu Bruning radzi polecić uszkodzonemu poruszać szybko obu rękami w około w przeciwnych kierunkach. Gdy ręce się zmęczą, zwykle słabsza, t. j. mniej używana, zaczyna wykonywać ruchy mocniejszej. Kappel bada pismo chorego. U człowieka zdrowego lewa ręka ma skłonność do t. zw. pisma odbitego w lustrze. Engel każe temperować ołówek, albo też poleca badanemu położyć dłonie na stole i zakreślać niemi koła w jednym kierunku na raz. Zwykle rychło słabsza ręka zacznie kreślić zamiast koła skośną linię od zewnątrz i góry na wewnątrz i ku dołowi, albo popada w przeciwny kierunek. A.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Cymarin, jestto chemicznie czysty glikozyd roślinny, uzyskany z korzeni rośliny Apocynum cannabinum, których wyciąg używany bywa w Ameryce i w Rosyi, jako lek sercowy i moczopędny. Według doświadczeń klinicznych prof. Allarda jest cymaryna, podawana wewnętrznie po 0,3 mg. (0,0003) na dawkę stopniowo aż do 1 do 2 mg. dziennie, lub wstrzykiwana śródżylnie w dawce 0,5 mg. (0,0005), lekiem sercowym, działającym szybko i energicznie, także w wielu takich przypadkach, gdzie naparstnica była bezskuteczną. Cymaryna działa zarazem silnie moczopędnie. (Deutsche med. Woch. 1913, 17). Korzystne wyniki otrzymała również Marya Schubert w szpitalu Sudenburg w Magdeburgu na oddziale Schreibera. (Deuts. med. Woch. 1913, 12). B.

W podgorączkowych stanach w gruźlicy (gdy niema krwotoków) zaleca Daenask pigułki Hoedemakera: »Rp. Aspirin 10,0, acid. arsenicos 0,01« na 100 pigułek. Przy silnej gorączce cenne usługi oddały D. śródżylne wstrzykiwania 1—5 cm³ kolloidalnego elektrokuprolu. (Wiener med. Woch. 1913, 19). K.

Przy dychawicy zaleca Grünewald wstrzykiwania do krtani i oskrzeli rozczynu suprareniny z nowokainą, i to nie specyalnymi sposobami, jak radzi Nowotny, lecz zwykłą strzykawką krtaniową Skutek ma być bardzo dobry i ma

się utrzymywać dość długo. (Münch. med. Woch. 1913, Nr 25). K.

Dyeta przy nadkwaśności soku żołądkowego podług Brugscha: Rano na czczo w łóżku szklanka (ew. dwie) wody Karlsbad-Mühlbrunn. Po wstaniu pierwsze śniadanie: herbata z 250 cm³ mleka, suchsza bułka i 25 grm. masła. Drugie śniadanie: dwa jaja surowe lub na miękko, 250 cm³ mleka z dwiema łyżkami rozpuszczonego masła. Obiad: zupa lub kleik, 50—200 grm. ryby gotowanej, kury lub cielęciny, 150 grm. tartej jarzyny, 150 grm. leguminy (bez migdałów i rodzynek). Popołudniu: herbata lub kakao, 50 grm. suchego pieczywa, 25 grm. masła. O 7. w danym razie znowu 250 cm³ Mühlbrunn. Wieczorem 50 grm. ryżu lub kaszki w 250 cm³ mleka, 25 grm. masła, 50 grm. pieczywa. Przed spaniem 250 cm³ ciepłego mleka z dwiema łyżkami masła. Po większych posiłkach godzinę spoczynek ew. okład Priessnitza na żołądek. W razie bolów w nocy, popijać mleko. Jako napój: wody alkaliczne po odstaniu, by pozbawić je gazu. K.

Dyeta przy zmniejszonej kwaśności soku żołądkowego lub jej braku podług Brugscha: Unikać tłuszczów, mięsa mało, węglowodany obficie. Śniadanie pierwsze: szklanka kakao, 50 grm. pieczywa, 25 grm. masła. Drugie śniadanie: filiżanka bulionu z jajem, 30 grm. pieczywa. Obiad: 200 grm. kleiku, 200 grm. kury lub gołębia, sztuki mięsa, ryby, 200 grm. ziemniaków tłuczonych, ew. 100 grm. innej tartej jarzyny, 50—100 gr. kompotu. Popołudniu podwieczorek: szklanka herbaty lub kawy ze śmietanką, 50 grm. pieczywa, 25 grm. masła. Wieczerza: 200—300 grm. potrawy mącznej, 100 grm. kompotu. Podczas jedzenia nie pić wody, lecz tylko 20—30 kropli kw. solnego (acid. hydrochl. dilut.) rurką w ½ kieliszka wody. K.

Technikę lawatyw odżywczych podaje Strauss. Lawatywa nie powinna być większą niż 300 cm³ i nie częściej podawana, niż trzy razy dnia, o ciepłocie ciała. Dobrze jest robić ją w położeniu na bok lewy z lekko uniesioną miednicą. W skład lawatyw wchodzić mogą: 250 grm. mleka, 2 żółtka, szczypta soli, łyżka wina czerwonego, łyżeczka mączki odżywczej (Boas). Ewentualnie dodawać można 1—2 łyżek cukru gronowego, pankreatyninę lub pankreon. Niezłe usługi oddaje też lawatywa, złożona z 250 grm. rozczynu bulionu, 20 grm. alkoholu, 40 grm. cukru gronowego, 2 żółtek, szczypty soli, 2—3 łyżeczek mucilago gum. arab. (Strauss). Robi się też lawatywy ze śmietany z dodatkiem peptonu, pankreatyniny, mączki Nestla i t. p. (Med. Klin. 1913, Nr 25). K.

Leukofermantin jestto antyferment, wiążący trypsynę. Wobec powinowactwa trypsyny z pepsyną postanowił Neumayer spróbować podawania leukofermantyny w przypadkach wrzodu żołądka i nadkwaśności soku żołądkowego. W jednym takim przypadku, w którym po podawaniu sody i neutralonu przy odżywianiu tylko zapomocą lawatyw stan się pogorszył i wystąpiły krwotoki, okazało się podawanie leukofermantyny (3 razy dnia po 0·5 cm. sz.) bardzo korzystnem. (Mitteil. des Vereins der Aerzte in Steuermark, 1913, Nr 6). Mk.

Wpływ tannalbiny na ruch robaczkowy przy sztucznie wywołanej biegunce badał doświadczalnie na zwierzętach Hesse. Tannalbina nie powstrzymywała biegunki, wywołanej zapomocą oleju rącznikowego, nie zapobiegała też działaniu senesu. Biegunkę po żywieniu chlebem i narządami koni powstrzymywała tannalbina, podawana w dawkach powtarzanych; działanie jej dotyczyło kiszki grubej. Przy prześwietlaniu rentgenowskiem stwierdził H., że pod wpływem tannalbiny ruch jelit i w tym przypadku bardzo nieznacznie się zmieniał, z czego H. wnosi, że wpływ tannalbiny zasadza się na działaniu ściągającem na błonę śluzową. (Archiv f. d. ges. Physiologie, 1913, T. 151). Kn.

Przy białkomoczu ortostatycznym poczynił Jehle dalsze ciekawe spostrzeżenia. I tak przekonał się, że u takich dzieci odpowiedni gorset prostujący zapobiega wydzielaniu białka, a naodwrót nieraz udaje się wywołać, nawet u zupełnie zdrowych, białkomocz, stwarzając na pewien czas sztucznie wygięcie kręgosłupa ku przodowi. (Wiener klin. Woch. 1913, 9). K.

Acitrin (ester etylowy kwasu fenylocynchoninowego), wytworzony przez fabrykę Bayera i zalecany jako środek, ułatwiający wydzielanie kwasu moczowego z ustroju, podawała Pietrulla w klinice wrocławskiej prof. Minkowskiego na próbę zdrowym, oraz chorym na gościec i dnę, w dawce dziennej aż do 3 gramów. W dawce tej wzmaga acitrin natychmiast wydzielanie kwasu moczowego bardzo znacznie, np. z 0,38 gr. na 0,84 gr., działając w tym kierunku na równi z atofanem. (Deuts. med. Woch. 1913, 8). B.

W leczeniu ciężkich niedokrwistości zaleca Weber na podstawie swych dalszych doświadczeń wstrzykiwania małych ilości odwłóknionej krwi. Krew ta powinna przed wstrzyknięciem stać 6—24 godzin na lodzie, wtedy objawy odczynu są bardzo nieznaczne, a skutek leczniczy nieraz wprost znakomity. (Münch. med. Woch. 1913, Nr 24). K.

Celem uspokojenia małych dzieci i zwolnienia powłok, np. przy badaniu i odprowadzaniu przepuklin, radzi Nussbaum dmuchać im mocno w twarz. Dziecko zaraz milknie i ucisza się. (Münch. med. Woch. 1913, Nr 26) K.

Adamon jest to przetwór kozłka, wśród licznych przetworów tego rodzaju jedyny, mający postać ciała stałego, a nie płynu. Próbowano go w takich samych przypadkach, w jakich zwykle podaje się przetwory kozłkowe, z wynikiem bardzo dobrym. Prof. Gudden (Mediz. Klinik, 1913, 4) zaleca podawać dawki mniejsze (0,5) wkrótce po sobie, co ma działać lepiej, niż jednorazowa duża dawka. Oppenheim używał adamonu z dobrym wynikiem w zaburzeniach nerwowych okresu przekwitania (Deut. med. Woch. 1913, 23), Ernst Frank zaś w podrażnieniu narządów moczowopłciowych (tamże, 1912, 49). B.

Codeonal podawał Leva w przypadkach rozmaitych psychoz i nerwic w dawce 2—4 tabletek po wieczerzy. W hypomanii i przedwczesnem otępieniu nie miał lek ten wyraźnego działania; lepsze wyniki były w przypadkach lekkich okresowych podnieceń i bezsenności po przejściu psychozy. Zupełnie nasennie działał kodeonal po podnieceniach histerycznych i w organicznych cierpieniach nerwowych, połączonych z bolami. (Med. Klin. 1913, 23). Kn.

Bolesne wrzody goleni (ulcera cruris) opatrywał Saar zapomocą cykloformu z bardzo dobrym wynikiem. Cykloform jest to ester izobutylowy kwasu p-amidobędźwinowego. Stosuje się go na wrzód, oczyszczony poprzednio zapomocą perhydrolu, w postaci zasypki w cienkiej warstwie (czysty lub 1 : 2 mączki ryżowej), zawijając potem gazą, posmarowaną grubo lanoliną lub euceryną. Cykloform uśmierza bole już po kilku godzinach: na samo gojenie się wrzodów nie wpływa. Opatrunki zmienia się zrazu 2 razy dnia, potem co kilka dni. (Allg. med. Zentral. Ztg. 1912, 50). B.

Dla poparcia swoistego leczenia przeciwkiłowego używał Berlin w przypadkach zmian późnych fibrolizyny. Z wyników jest zadowolony. (Med. Klinik, 1913. 27). Mk.

Zwężenia cewki moczowej przygotowuje Lévy-Weissmann do leczenia zgłębnikami zapomocą 2 do 3 podskórnych wstrzyknięć fibrolizyny (po 2 cm. sz. dzień po dniu). Po tych wstrzyknięciach udało się w 2 przypadkach przesunąć przez zwężenie najcieńszą świeczkę (bougie filiforme), która przedtem nie przechodziła. (Journal d'urol. 1913, 5).

Fibrolizynę stosował w zakresie okulistycznym Vandoren w dwu przypadkach blizn, wywołujących odwinięcie powiek, z wynikiem bardzo dobrym. Na starsze bielma i wysięki tęczówkowe fibrolizyna nie wywiera wpływu, natomiast dobrze działa w zapaleniu miąższowem rogówki. (Archiv. méd. belges 1912, 2). Mk.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 2. IV. 1913.

Przewodniczy: prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 78.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes powitał jako gości członków Towarzystwa technicznego krakowskiego.

3) Kol. Dr Schlank przedstawia preparat i chorą po **częściowej resekcyi kiszki ślepej** z powodu ropnia kałowego okołokątniczego. Przypadek ten przedstawia S., ze względu na łatwość pomyłek rozpoznawczych przy guzach przydatków macicy. Chora, licząca l. 40, przed 2 laty operowana w klinice prof. Rosnera z powodu guza jajnikowego lewostronnego. Od roku zauważyła podobny guz w prawym boku. Badanie ginekologiczne stwierdza guz jajnikowy prawostronny.

Przy laparotomii okazało się, że guzem tym był ropień kałowy, wychodzący z wyrostka robaczkowego, otorbiony i silnie z otoczeniem pozrastany. Wyrostek u podstawy uległ martwicy. Ranę wytamponowano, obecnie rana na podgojeniu i operowana opuści wkrótce klinikę.

4) Inżynier Kwiatkowski (jako gość) wygłosił odczyt: **O amfiteatrze u stóp Wawelu.** W odczycie tym motywuje prelegent wyższość swojego projektu regulacyi Wisły przy placu Groble i pod Wawelem nad projektem rządowym, i prosi o poparcie swoich planów u wpływowych czynników.

W ożywionej dyskusyi zabierają głos: Dr Surzycki, prezes Tow. technicznego Horoszkiewicz (jako gość), Dr Stahr, prof. Ciechanowski, Dr Janiszewski i prof. Bujwid. Uchwalono jednogłośnie następującą rezolucyę »Towarzystwo lekarskie krakowskie jest zdania, że projekt inżyniera Kwiatkowskiego urządzenia amfiteatru koło Wawelu jest jak dotąd najlepszem rozwiązaniem sprawy regulacyi Wisły w obrębie placu Groble, i tak wysoce pod względem sanitarnym, jak i estetycznym, przewyższa projekt rządowy, że bez żadnej wątpliwości zasługuje na poparcie«.

Posiedzenie z dnia 9. IV. 1913

Przewodniczy: prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 35.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Dr Nowaczyński: **O leczeniu cukrzycy w pojęciu Noordenowskiem.** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi przemawiają:

a) Kol. Weissglas: Prelegent, mówiąc w swoim odczycie o korzystnym wpływie Noordenowskiej dyety owsianej na przebieg cukrzycy, przypisywał jej, podobnie jak inni, jakieś swoiste działanie, właściwe tylko węglowodanom owsa. Tymczasem Blum przed dwoma laty (Münch. med. Wochenschrift) ogłosił pracę, w której na szeregu przypadków wykazuje, że podobny korzystny wpływ można osiągnąć, nietylko stosując dyetę owsianą, ale także dyetę węglowodanową innego rodzaju, n. p. węglowodany pszenicy. Dlatego Blum, a później inni, przypisują korzystny wpływ dyety Noordenowskiej nie węglowodanom, ale zupełnie czemu innemu. Chodzi bowiem o to, że podczas dyety Noordenowskiej mamy kilka dni jarzynowych (Gemüsetage) i kilka dni owsianych (Hafertage). Otóż wedle słusznego zapatrywania Bluma polepszenie jest zasługą dyety jarzynowej, po której zwiększa się tolerancya na węglowodany. Podczas dni bowiem jarzynowych zmniejsza się hyperglikemia i w ślad za tem idzie zwiększenie się tolerancyi na węglowodany. Co do uwagi znowu, że doświadczalnie stwierdzono, iż wyciągi z przetworów owsianych rzeczywiście wywierają wpływ na cukromocz, to wedle mego zdania należy się zastanowić, czy to korzystne działanie wspomnianych wyciągów pochodzi od samych węglowodanów owsa, czy też od innych jeszcze ciał, ukrytych w skorupie ziarn owsa. Wiadomą bowiem jest rzeczą, że prawie wszystkie przetwory owsa zawierają obok czystych węglowodanów jeszcze inne ciała, które znajdują się w zmiażdżonych skorupach ziarn owsianych, gdy przy stosowaniu dyety pszennej, czy też ryżowej, mamy zwykle czyste węglowodany.

b) Kol. prof. Braun podnosi znaczenie badania co do cukru moczu u ciężarnych i przytacza na dowód tego przypadek, spostrzegany przez siebie. Zapytuje następnie prelegenta o wartość fabrycznych chlebów, sporządzanych umyślnie dla chorych na cukrzycę.

c) Kol. Nowaczyński w odpowiedzi: Chleb jest ze wszystkich potraw węglowodanowych pożywieniem, którego brak wzgl. zakaz chorzy na cukrzycę najbardziej odczuwają. Nie dziw więc, że mamy tak wielką ilość fabrykatów, zastępujących chleb diabetykom; jedne z nich zawierają mniej, inne więcej mąki, wszystkie jednak z mąki są sporządzane. O tem też pamiętać należy i nie wierzyć reklamom fabryk, które zachwalają swe chleby, jako nie zawierające mąki. O ile się zna prawdziwą zawartość węglowodanów w danym chlebie, to, kierując się wskazaniami przy podawaniu węglowodanów, obojętnem będzie, jaki fabrykat podamy; — będzie to rzeczą smaku. Co się tyczy doświadczenia kliniki naszej, to chleb aleuronatowy, który w klinice próbowano, jest niezłym i chętnie spożywanym przez chorych.

Sekretarz Dr J. Zubrzycki.

XVII. Międzynarodowy Zjazd lekarski w Londynie.

od 6. VIII. do 12. VIII. 1913.

Oprócz wymienionych w komunikacie Polskiego Komitetu kol. F. Malinowskiego, Spiry i prof. Wicherkiewicza, zgłosili (według »Gazety lek.« Nr 30) wykłady na Zjazd koledzy: prof. Kryński, oraz S. Serkowski wspólnie z L. Stempkowską, Wiśniewskim, Kraszewskim i Garbowskim z Warszawy.

Udział w Zjeździe zgłosili jeszcze kol. prof. Marischler i Zgórski ze Lwowa.

Wiadomości bieżące.

Kraków. W sprawie krajowego szpitala epidemicznego w Krakowie pomieścił dziennik »Czas« (z 24. VII.) następujące uwagi: »Minął rok od czasu, jak krakowska Rada miejska ofiarowała Wydziałowi krajowemu 5 morgów gruntu pod warunkiem, że kraj wybuduje w tem miejscu szpital epidemiczny, podobny do zbudowanego we Lwowie. Ofiarowany grunt znajduje się w pewnem oddaleniu od miasta, jest wysoko położony, przepuszczalny i odpowiada tym wszystkim warunkom sanitarnym, które w pierwszej linii wymagane są przy wyborze miejsca pod budowę szpitala. Zrozumiałą jest rzeczą, że w obecnej chwili, kiedy Sejmu niema, nie może Wydział kraj. decydować budowy szpitala, ale dziwić może, że dotąd nie dał gminie odpowiedzi, czy grunt ten przyjmie. Tymczasem krążą po mieście nieprawdopodobnę pogłoski, że Wydział krajowy ofiarę gminy odrzuci, a co gorszą, że rzekomo zamierza wystąpić z projektem budowy szpitala chorób zakaźnych w przedłużeniu gruntów szpitalnych i w tym celu ma zakupić grunta od zakonu SS. Franciszkanek, w mniej zdrowej dzielnicy miasta, w dzielnicy, przeznaczonej w planie regulacyjnym na fabryczną i przemysłową. Nie przyjmując ofiary parukroć stutysięcy koron od gminy, a kupując za drogie pieniądze najmniej właściwe pod względem sanitarnym grunta, dowiódłby chyba Wydział krajowy, że w obecnych ciężkich czasach ma w kasach aż nadto pełno? Sądzić należy, że do budowy szpitala epidemicznego na Grzegórzkach nie dopuszczą czynniki miarodajne w Wydziale krajowym, w pierwszej linii Szef departamentu sanitarnego. Ponieważ tym niefortunnym projektem dotknięteby były żywotne interesy miasta, przeto można mieć nadzieję, że Prezydyum miasta oprze się temu zawczasu energicznie. W każdym razie tą sprawą zająć się winny fachowe pisma lekarskie i krakowskie Towarzystwo lekarskie«.

Nie dotykając »meritum« tej sprawy, którą »Przegląd le-

karski« rozpatrywał niedawno w osobnych artykułach, zwrócić musimy uwagę, że sprawy zakupna gruntu od SS. Franciszkanek na cele szpitala św. Łazarza nie powinno się rozpatrywać jedynie ze względu na ewentualne użycie tego gruntu pod pawilony zakaźne. Grunt ten bowiem, na co autor artykułu w »Czasie« nie zwrócił uwagi, może być szpitalowi potrzebny, choćby zakład zakaźny nie stanął w tej okolicy miasta. Dzisiaj brakuje szpitalowi tylu jeszcze budynków (oprócz zakładu zakaźnego), że teraźniejszy teren szpitala może na nie nie wystarczy. Nie byłoby więc rzeczą korzystną, gdyby wogóle stawiano szpitalowi przeszkody w nabyciu gruntu SS. Franciszkanek na zasadzie tylko przypuszczenia, że ma on być nabyty wyłącznie dla budowy zakładu zakaźnego. Skoro, co już jest chyba pewne, szpital św. Łazarza pozostanie na swojem miejscu teraźniejszem, to zasada powiększenia terytoryum szpitalnego leżałaby raczej właśnie w interesie miasta.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Teofil Kazimierz Kucharski, rodem z Jaszczwi w Krośnieńskiem, Olga Rubinówna z Krakowa, Jan Baścik z Kęt, Kazimierz Dobrowolski z Łęczycy, Izabela Irena Łada z Krakowa .i Leopold Ryszard Zacharski z Jezierny.

— Kierownictwo tymczasowe oddziału I. A. chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza powierzył Wydział krajowy Dr A. Bobakowi.

— Dwudziestopięciolecie »Nowin lekarskich« poznańskich postanowiono obchodzić uroczyście z początkiem grudnia b. r.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 20. VII. do 26. VII. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (obcych 3 † —), krztuśca 4, ospy wietrznej 1, płonicy 4 † 1 (— † —), odry 25 † 1, duru brzusznego — † — (— † —), czerwonki 5 † — (5 † —).
Dr Janiszewski.

Warszawa. Z powodu krytyki »Przeglądu piśmiennictwa lekarskiego polskiego za r. 1911«, ogłoszonej w kilku czasopismach lekarskich, zwraca »Gazeta lekarska« (Nr 30) słusznie uwagę na niemałe trudności, z jakiemi walczyć musi wydawnictwo »Przeglądu piśmiennictwa«. Cały ciężar kosztów, około 1000 rb. rocznie, spoczywa na Towarzystwie lekarskiem warszawskiem, a cały ciężar zupełnie bezinteresownej i bezpłatnej pracy — na redaktorze »Pamiętnika« tego Towarzystwa i kilkunastu ludziach dobrej woli. Zdaniem »Gazety lekarskiej« powinny także inne Towarzystwa lekarskie oraz pisma lekarskie ze wszystkich trzech dzielnic przyczyniać się do kosztów »Przeglądu piśmiennictwa«; wydawnictwo to byłoby, zdaniem »Gazety«, lepiej przekształcić na wydawnictwo samodzielne, a praca redaktora i współpracowników powinnaby być choć skromnie wynagradzana.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 21. VII. do 28. VII. 1913 przypadków: ospy — † —, płonicy 3 † —, duru wysypkowego — † —, róży —, czerwonki 4.
Dr Trenkner.

Z różnych stron. 85. Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich odbędzie się w Wiedniu od 21. do 28. września b. r. Adres biura: Wien IX. Lazarettgasse 14, neue Kinderklinik.

— Wedle najświeższego ogłoszenia austryackiego Dziennika rozp. wojskowych, będą nadawane, począwszy od półrocza zimowego 1913/14, stypendya wojskowe tym słuchaczom medycyny, którzy zobowiążą się po ukończeniu studyów na medycynie odsłużyć 7 lat w szeregach wojska jako lekarze. Stypendya te, które mogą być pobierane już od pierwszego półrocza studyów, wynoszą po 720 koron przez siedem pierwszych semestrów, następnie zaś aż do ukończenia studyów, t. j. przez cztery półrocza, po 1008 kor. rocznie. Oprócz tego skarb wojskowy płaci koszta rygorozów i promocyi. Słuchacze medycyny mają podawać się o te stypendya w drodze swych dekanatów do ministerstwa wojny, zaś ci, którzy w tym roku otrzymali świadectwa dojrzałości, w drodze wojskowo-lekarskiej Szkoły aplikacyjnej, Wiedeń IX—3. Währingerstrasse 25. Doktorzy medycyny, pragnący przejść na służbę w wojsku, otrzymają odszkodowanie za studya w kwocie 6000 kor. Jedna połowa tej sumy zostanie im wypłacona po odbyciu służby próbnej, druga zaś po nominacyi na lekarza pułkowego.

— Jak donoszą dzienniki, został lekarz Dr Robert Bridges mianowany.... nadwornym poetą króla Jerzego angielskiego. Dr Bridges, liczący obecnie lat 70, wydawał swe poezye tylko dla przyjaciół, dlatego nazwisko jego nie było dotąd szerzej znane. Z »posadą« nadwornego poety związane jest od średnich jeszcze wieków wynagrodzenie 72 funtów sterl. w gotówce i — beczka małmazyi.

— Ofiarą promieni Röntgena padło w początkach ery rentgenowskiej wielu dzielnych badaczy, nie znając jeszcze niebezpieczeństwa działania promieni. I tak, profesor z Birmingham Hall-Edwards stracił obie ręce (rząd wyznaczył mu pensyę), Dr Infroit z Paryża utracił kilka palców ręki prawej (odznaczony krzyżem legii honorowej), dyrektor radiograficznego instytutu w Genewie Simon poddać się musiał amputacyi ręki itp. Dodać trzeba, że dzielni ci ludzie mimo wszystko z zapałem nadal oddają się swej pracy, o ile jeszcze stan ich na to pozwala.
K.

Mianowani: doc. Weinland profesorem fizyologii w Erlangen; prof. Dietrich profesorem patologii, prof. R. Müller profesorem bakteryologii w Kolonii; Dr Monro profesorem kliniki lekarskiej w Glasgowie.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lipcu 1913.

Gazeta lek. Nr 26—30.: Pawiński: O wpływie nadużycia w paleniu tytoniu na naczynia i serce (26—28). — Moraczewski (dok. 26). — Ciechanowski: Wspomnienie pośmiertne o ś. p. prof. Pareńskim (25). — Gębarski: Przypadek wrodzonego niedorozwoju lewego płuca z niezwykle dużym przerostem prawego płuca (27). — Brudziński: Dr Antoni Sikorski (wspomnienie pośmiertne) (28). — J. Jaworski: XVII. międzynar. Kongres lekarski w Londynie i zamierzony udział w nim lekarzy Polaków (28). — Higier: Śródbłoniak-piaszczak na dnie III komory i torbiel międzyszypułkowa na podstawie mózgu, naśladujące nowotwór kąta móżdżkowo-mostowego. Zabieg operacyjny (28—30). — J. Jaworski: Znaczenie sądowo-lekarskie Missed abortion i Missed labour (29). — Kukliński: Zastosowanie lecznicze emanacyi radu w chorobach wewnętrznych (30).

Medycyna i Kronika lek. Nr 26—30.: Urstein: Z fizyologii i psychologii wieku starczego (26). — Lorentowicz: O leczeniu włókniaków i krwawień macicznych promieniami Roentgena (27—28). — Zwybel: Serodyagnostyka ciąży według metody prof. Abderhaldena (28). — Rozenblatówna: O odczynach tuberkulinowych skórnych u dzieci (29—30). — Dehnel: Stan współczesny rozpoznania, patologii i leczenia chorób nerkowych (29—30).

Tygodnik lek. Nr 26—30.: Moraczewski: O równomiernem wydzielaniu indykanu i kwasu moczowego w moczu chorych (26—29). — Heschelesówna: W sprawie cukrzycy u dzieci (26—27). — Wrzosek: Adam Bochenek (wspomnienie pośmiertne) (27). — Lewicki: Historya Krynicy. (27—30). — Reis i Reisowa: Aparat Golgi-Kopscha i wtręty śródkomórkowe (28—29). — Wiczkowski: Stanisław Pareński (wspomnienie pośmiertne) (26).— Hirschfeld: Rozpoznawanie ciąży według Abderhaldena (26). — K. Orzechowski: Metaluetyczne cierpienia układu nerwowego a wewnętrzne wydzielanie (30). — Lateiner-Mayerhoferowa i Progulski: Spostrzeżenia statystyczne nad sposobem żywienia osesków we Lwowie (30). — Fr. Czubalski: Zaduszenie i adrenalina (30).

Nowiny lekarskie. Nr 7—8.: Hornowski: Przyczynki z dziedziny anatomii, embryologii, histologii normalnej i patologicznej

do kwestyi związku gruczołów wydzielania wewnętrznego z chorobami nerwowemi i umysłowemi. — Gliński: Przysadka mózgowa wogóle, przysadka a ciąża w szczególności. — Nowaczyński: Leczenie cukrzycy. — Szerszyński: Postępy w leczeniu gruźlicy stawów. — Piotrowski: Ciało i dusza. — Maźiarski: Adam Bochenek (wspomnienie pośmiertne). — (Nr 8. »Nowin« nie zawiera artykułów oryginalnych).

Lekarz wileński Nr 6.: Żabko-Potopowicz: W kwestyi intubacyi i tracheotomii. — Boguszewski: O biologicznym sposobie oczyszczania wód ściekowych. — Zaleska: XII. Zjazd Pirogowski.

Pamiętnik Towarzystwa lek. warsz. Tom 109. Zesz. 1. i 2.: Sokołowski: Fundusz konkursowy im. Chałubińskiego (zarys historyczny). — Simchowicz: Badania nad anatomią patologiczną otępienia starczego (c. d.).

Przegląd chorób skórnych i wener. Nr 1—3.: Krzyształowicz: Histologia rogowca dziedzicznego skóry dłoni i podeszew.— Serkowski: Wakcynoterapia. — Wiśniewski: Parałuszczyca.

Przegląd pedyatryczny, Tom V. Zesz. 4.: Tomaszewski i Schreiber: Kilka słów o leczeniu wodogłowia wewnętrznego metodą Brahmann-Antona. — Judt: Ostre ropne zapalenie stawów u niemowląt. — Matylda Biehler: Porażenie ostre rdzenia u dzieci. Choroba Heine-Medina.

Postęp okulist. Nr 5—6. Majewski: Nystagmus intermittens celerrimus. — Kleczkowski: 1) Rzadki przypadek phlyctaena pallida. 1) Alopecia universalis.

Odczyty kliniczne. Serya XX. Z. 4—6. Gajkiewicz: O objawach przedsionkowych i ich znaczeniu fizyologicznem i patologicznem.

Kronika dentyst. Nr 7.: Zwierzchowski (dok.).

Przegląd higieniczny Nr 7.: Opieński: Hygiena wsi.

Zdrowie Nr 7—8.: Artykuł wstępny (o koloniach wakacyjnych). — Babski: Sucha inhalacya t. zw. morskiem powietrzem, jej urządzenie, stosowanie i wyniki. — Ciechanowski: Kolonie wakacyjne szkół średnich w Galicyi. — Grundzach: O wskazaniach do picia wód mineralnych naturalnych w świetle nauki i praktyki lekarskiej. — Mojkowski: O zatruciu trychinami czyli włośnicy, z powodu epidemii w powiatach włocławskim, kutnowskim i gostyńskim. — Dehnel: W sprawie racyonalnego leczenia gruźlicy w Zagłębiu Dąbrowskiem. — Fidler: Stan szpitalnictwa oraz ruch chorych w szpitalach Ziemi Radomskiej. — K. Zaleski: Jakim powinien być współczesny lekarz zdrojowy.

Słowo lek. Nr. 12—13:. »Droga usłana różami«. — Ciechanowski: Stan sanitarny Galicyi (c. d.). — Stan szpitali krajowych (c. d.). — Klauber: Stempel na lekarskich dokumentach.

Głos lekarzy Nr 13—14: Centralne biuro dla spraw lekarskich. — Walka z alkoholizmem. — Ustawa o zapobieganiu chorobom zakaźnym. — Sądy rozjemcze i komisye kontraktowe dla lekarzy kasowych. — Mikołajski: 1) Z polemiki sezonowej. 2) Euthanasia. 3) Bezpłatne usługi lekarzy.

Nasze Zdroje. Nr 13—15. Prasa prowincyonalna wobec zdrojownictwa naszego. — Tarnawski (dok.). — Galicya w wydawnictwach ministerstwa kolejowego. — W obronie zabytków przyrody. — Głos duchowieństwa polskiego o przyszłości naszych zdrojowisk. — Walewska: Przed porachunkami z letnich wczasów. — Sokołowski: Wakacye w kraju. — Bandrowski: Do naszych posłów. — Wegner: Zwierciadło prawdy. — Nowa krzywda ze strony rządu.— L. N.: Z pobrzeża morskiego w Połądze.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.